

*Здоров'я й сила ліпші від усякого золота,
а сильне тіло – від надмірного багатства.
Книга Сираха 30,15*

В. В. РУДЕНЬ, В. І. ЗУБ, О. Є. ХОДОР

САМОСПРИЙНЯТТЯ СТАНУ ЗДОРОВ'Я КЕРІВНИКАМИ ОРГАНІВ ТА ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЯК ЧИННИК УПРАВЛІНСЬКОЇ СПРОМОЖНОСТІ Й КАДРОВОЇ СТІЙКОСТІ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ (ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ)

ДНП «Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького», м. Львів, Україна

Мета: ідентифікація ключових характеристик самосприйняття стану здоров'я керівниками закладів охорони здоров'я та обґрунтування його ролі як чинника управлінської спроможності і кадрової стійкості в умовах трансформації системи охорони здоров'я.

Матеріали і методи. Проведено кількісне одноразове опитування $n=327$ керівників Львівської області ($P=83,4\%$ від генеральної сукупності) за репрезентативної вибірки ($SE=1,12\%$, $E=\pm 2,2\%$, $p < 0,001$). Дані збиралися авторською анкетною, орієнтованою на виявлення медичних станів, переважно серцево-судинної патології, а обробка проведена за допомогою MS Excel із застосуванням медико-статистичних методів та системного аналізу.

Результати. Виявлено дисбаланс у кадровому забезпеченні сільських територій ($P=91,1\%$ керівників працюють у містах), тоді як у гендерному складі переважають жінки ($P=70,6\%$), а віковий розподіл охоплює продуктивні групи, що дає змогу розраховувати на міжгенераційний обмін досвідом і водночас потребує індивідуального підходу до профілактики хронічних захворювань.

Доведено, що близько $P=66,7\%$ оцінюють своє здоров'я як добре та відмінне, а $P=25,7\%$ – як задовільне, що вказує на можливі ризики, пов'язані з професійним стресом і віковими змінами. Найпоширеніші медичні стани у здорових респондентів свідчать про обмежену діагностичну обізнаність у стані власного здоров'я серед управлінців.

Установлені кластери ризику (кардіометаболічний, атеросклеротичний і кластер недостатнього обстеження) засвідчують наявність структурованих груп медичних загроз, що потенційно впливають на функціональну спроможність та довготривалу працездатність керівників у сфері охорони здоров'я, тоді як обрахований індекс здоров'я HSI $\approx 0,77$ свідчить про помірно добрий загальний стан керівників. Усе це у цілому засвідчує недооцінку управлінням серйозності власного стану здоров'я та вказує на потребу в підвищенні медичної обізнаності щодо особистих ризиків у здоров'ї.

Висновки. Отримані результати мають прикладну цінність як аналітична основа для вдосконалення кадрової політики в охороні здоров'я, сприяючи реалізації нормативних вимог та формуванню стратегій підтримки управлінської спроможності на засадах збереження здоров'я, профілактики вигорання й забезпечення життєздатності керівників і кадрової стійкості медичної галузі.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: здоров'я; система охорони здоров'я; керівники; соціологічне дослідження; самооцінка здоров'я; медичні стани; серцево-судинна патологія; індекс здоров'я; особливості; кадровий ресурс.

Вступ. Ключовою передумовою розвитку системи охорони здоров'я у сучасних умовах є ефективний процес управління, що ґрунтується на здатності керівника адаптуватися до змін, приймати виважені рішення й підтримувати як особисту професійну спроможність, так і належний рівень здоров'я, про що аргументують T.D. Shanafelt & J.H. Noseworthy (2017) та J. Collins (2001) [1; 2]. У цьому контексті заслуговує на увагу і той факт, що дослідження West et al. (2018), Panagioti et

al.(2018) підтверджують, що стан здоров'я управлінця безпосередньо впливає на якість виконання ним управлінських функцій, ефективність управлінської комунікації, а також на його стійкість до професійного вигорання [3; 4].

Доречно зазначити, що наявні дослідження переважно фокусуються на загальному фізичному та психоемоційному стані медичних працівників, не виокремлюючи специфіку управлінських посад. Зокрема, Shanafelt et al.(2012) та NHS Staff Survey

(2022) повідомляють, що серед медичних працівників у США рівень вигорання у 2022 р. становив 35,4%, що на 4,4% більше порівняно з 2021 р. [5; 6] та вказує про зростання професійного стресу серед медичних працівників упродовж останніх років.

Окрім того, згідно з даними настанови «Burnout in healthcare: risk factors and solutions», у Британії $P=39,7\%$ медичних сестер та акушерок повідомили, що часто або завжди відчувають симптоми емоційного вигорання [7], а в 2024 р. опитування NHS зафіксувало $P=30\%$ персоналу з ознаками емоційного виснаження та вигорання, тоді як $P=42,2\%$ працівників відчували себе виснаженими до кінця робочої зміни [8].

Попри ключову роль управлінського персоналу у забезпеченні функціонування та стійкості системи охорони здоров'я питання самосприйняття власного здоров'я серед керівників медичних закладів і органів управління залишаються недостатньо вивченими. Наявні дослідження лише частково охоплюють цю проблематику, хоча саме від стану здоров'я управлінців значною мірою залежать якість прийняття рішень, ефективність управлінських процесів і загальна кадрова стабільність галузі [9–11].

Урахування зазначеного аспекта у сучасних дослідженнях охорони здоров'я є цілком обґрунтованим і відповідає стратегічним підходам до планування людських ресурсів, що передбачає не лише кількісне забезпечення управлінських посад, а й збереження функціональної спроможності управлінського складу та стійкості самої підсистеми чи системи охорони здоров'я та медичної допомоги [12–14], що і робить дане дослідження актуальним і своєчасним.

Мета: ідентифікація ключових характеристик самосприйняття стану здоров'я керівниками закладів охорони здоров'я та обґрунтування його ролі як чинника управлінської спроможності і кадрової стійкості в умовах трансформацій системи охорони здоров'я.

Матеріали і методи. Виконане дослідження є емпіричним, кількісним, одноразовим (поперечним) за типом та описовим (дескриптивним) за характером і проведене методом стандартизованого опитування керівників органів і закладів охорони здоров'я Львівської області, де вибіркова біостатистична сукупність становила $n = 327$ респондентів, що відповідає $P = 83,4\%$ від генеральної сукупності ($\sum n = 392$) та забезпечила високий рівень репрезентативності з урахуванням стандартної похибки (Standard Error) $SE = 1,12\%$ та її меж (Error Margin) – $E = \pm 2,2\%$ за рівня значущості $p < 0,001$. Власне, це й засвідчує достатню репрезентативність та достовірність вибірки для отримання соціологічних даних та проведення їх біостатистичного аналізу, узагальнення результатів

і розроблення прикладних рекомендацій щодо зміцнення та збереження здоров'я керівників у сфері організації охорони здоров'я.

Для збору первинної інформації використувався опрацьований авторами інструментарій соціологічного типу «Анкета вивчення наявності факторів ризику у здоров'ї людини та її повсякденному житті, що провокують виникнення/подальший розвиток серцево-судинної патології» з переважанням закритих запитань, придатних для подальшої кількісної обробки.

Зведення, опрацювання отриманого соціологічного матеріалу здійснювалося в електронних таблицях пакета Microsoft Office Excel (2021), а використані медико-статистичні методи базувалися на принципах системності, що відповідають галузі знань «І Охорона здоров'я та соціальне забезпечення» [15].

Результати дослідження та їх обговорення. Перед тим як перейти до практичного інтерпретування результатів соціологічного дослідження, проведеного серед когорти управлінців органів та закладів охорони здоров'я, яке охоплювало питання їхньої самооцінки стану здоров'я та наявних медичних станів, вважаємо за доцільне зосередитися на екстраполяції даних, наведених у табл. 1.

З огляду на наведені в табл. 1 дані, доцільно підкреслити, що вони безпосередньо стосуються професійної спроможності управлінців у сфері медичної допомоги на всіх рівнях управління та водночас є підґрунтям для аналітичного оцінювання стану збереження і підтримки власного здоров'я керівників.

Пропонований методичний підхід до наукового аналізу професійного забезпечення керівних працівників органів і закладів галузі охорони здоров'я у сучасній медичній літературі розглядається як критично важливий складник управлінських процесів та визначається однією з ключових передумов забезпечення ефективного, стійкого й адаптивного функціонування всієї системи [16–19].

У цьому контексті варто відзначити (рис. 1) істотну концентрацію управлінських кадрів у міських територіях ($P = 91,1\%$) на тлі виразного дефіциту фахівців у сільській місцевості ($P = 8,9\%$). Такий дисбаланс значною мірою обмежує кадрову спроможність периферійних закладів охорони здоров'я та ускладнює забезпечення їх ефективного функціонування, особливо в аспекті підтримки професійного здоров'я управлінського персоналу. З огляду на це, зростає ризик хронічного професійного перевантаження, яке найбільш відчутне саме в сільських регіонах [20].

Одним із ключових параметрів аналізу управлінського кадрового потенціалу є гендерна структура: жінки становлять переважну частку керівного складу ($P = 70,6\%$), що актуалізує необхідність

Таблиця 1

Соціально-демографічна характеристика респондентів – управлінців органів та закладів системи медичної допомоги та охорони здоров'я Львівщини (n = 327)

№ з/п	Ознака	Категорія	Частка (Р,%)	Кількість (n)
1	Місце праці	Міська місцевість	91,1 %	298
		Сільська місцевість	8,9 %	29
2	Стать	Чоловіки	29,4 %	96
		Жінки	70,6 %	231
3	Вікова група	25–29 років	8,6 %	28
		30–39 років	28,1 %	92
		40–49 років	14,7 %	48
		50–59 років	22,6 %	74
		60–69 років	24,8 %	81
		70 років і старше	1,2 %	4
4	Рік закінчення вищого медичного навчального закладу	1971–1980 рр.	12,8 %	42
		1981–1990 рр.	24,8 %	81
		1991–2000 рр.	14,7 %	48
		2001–2010 рр.	16,5 %	54
		2011–2020 рр.	28,7 %	94
		2021 р. і пізніше	2,4 %	8
5	Атестаційна категорія за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я»	Лікар-спеціаліст	27,5 %	90
		Друга категорія	14,7 %	48
		Перша категорія	6,7 %	22
		Вища категорія	51,1 %	167
6	Посада	Управлінець (керівник / заступник)	100,0 %	327

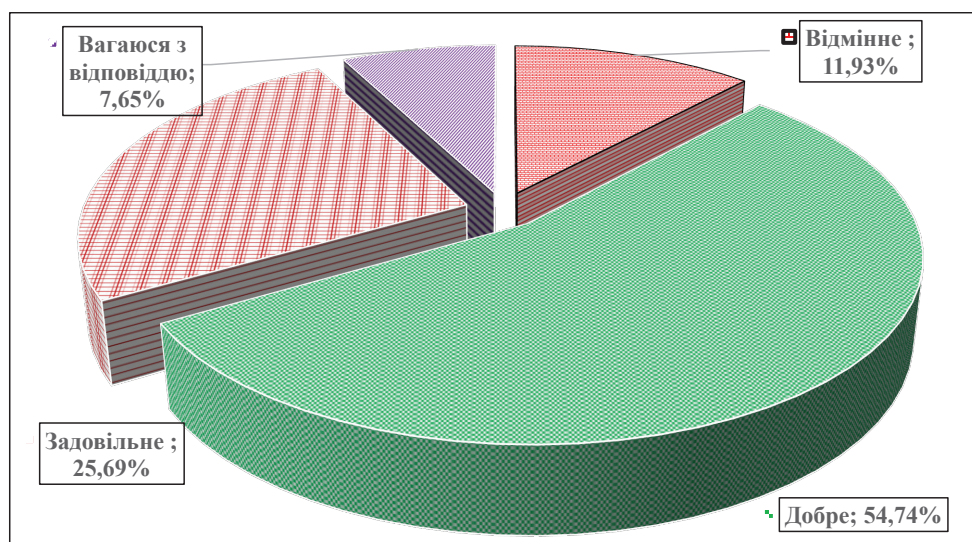


Рис. 1. Самооцінка загального стану здоров'я управлінців Львівщини у сфері охорони здоров'я (n = 327)

упровадження гендерно орієнтованих стратегій організації праці, профілактики професійного вигорання та забезпечення балансу між професійними й особистими обов'язками. Такий підхід узгоджується з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я та Європейського бюро ВООЗ, які підкреслюють важливість урахування

гендерних аспектів в управлінні людськими ресурсами охорони здоров'я як передумови забезпечення стійкості, інклюзивності та ефективності системи [21].

Водночас віковий профіль респондентів із числа управлінців відіграє ключову роль у забезпеченні сталості управлінських процесів у системі

охорони здоров'я на різних рівнях та охоплює три основні вікові кластери: 30–39 років, 50–59 років та 60–69 років, що створює сприятливі умови для міжпоколінної передачі професійного досвіду. Проте зазначена вікова структура потребує диференційованого підходу до формування функціонального навантаження з урахуванням ризиків хронічної патології та зниження працездатності [22].

Наступними аспектами аналізу даних табл. 1 є професійна підготовка та освітній контекст, де хронологічна різноманітність медичної освіти (1971–2021 рр.) формує управлінський потенціал, що поєднує класичну клінічну підготовку із сучасними управлінськими підходами. Така гетерогенність підсилює потребу в індивідуалізованих підходах до збереження здоров'я керівного складу в рамках безперервного професійного розвитку [23].

Окрім того, рівень фахової компетентності як показник якості управлінського ресурсу переконливо засвідчує, що понад половина респондентів ($P=51,1\%$) має вищу кваліфікаційну категорію, що свідчить про високий професійний рівень. Однак ефективний процес управління передбачає не лише глибоку фахову підготовку, а й стабільний психофізіологічний стан, що вимагає запровадження цілісної системи медико-профілактичного супроводу керівних кадрів [24; 25].

Із методологічного погляду важливо зазначити, що дослідження охоплює виключно осіб, які обіймають управлінські посади в органах і закладах охорони здоров'я, що забезпечує високу валідність отриманих результатів для потреб досліджуваного явища. У цьому контексті збереження фізичного та психоемоційного здоров'я управлінців має розглядатися як пріоритет інституційної політики [26].

Узагальнення отриманих результатів згідно з данисм табл. 1 дає змогу не лише глибше осмислити кадрову ситуацію та стратегічні напрями управлінського розвитку в системі охорони здоров'я Львівщини, а й сконцентрувати увагу на питаннях збереження та зміцнення фізичного, психоемоційного й професійного благополуччя керівників, що є ключовою умовою стабільності та ефективності галузі в умовах триваючих трансформацій [27; 28], де управлінська стійкість і добробут визначають якість як самого управління, так і надання медичної допомоги [29; 30].

Ураховуючи встановлені аналітичні орієнтири та стратегічні виклики у кадровій ситуації у системі охорони здоров'я Львівщини, проведено соціологічне дослідження серед управлінців органів і закладів системи здоров'я та медичної допомоги, що напряму стосується самооцінки наявності у них медичних станів у контексті серцево-судинної патології.

Ураховуючи вищевикладене, узагальнення емпіричних результатів соціологічного

дослідження переконливо засвідчує (рис. 1), що на поставлене запитання: «Як би Ви оцінили свій загальний стан здоров'я?», респонденти з-поміж управлінців у сфері охорони здоров'я ($n = 327$) оцінили власне здоров'я так: «відмінне» – 11,93% ($n = 39$); «добре» – 54,74% ($n = 179$); «задовільне» – 25,69% ($n = 84$); «важко відповісти» – 7,65% ($n = 25$).

Візуалізовані показники демонструють домінування позитивної або помірно позитивної самооцінки здоров'я серед більшості опитаних, де загалом понад $P=66\%$ управлінців охарактеризували власний стан як добрий або відмінний, що може свідчити про збережену функціональну активність і впевненість у власних фізичних ресурсах. Водночас майже кожен четвертий респондент ($P=25,7\%$) визначив своє здоров'я як задовільне, це дає підстави говорити про наявність прихованих або накопичених чинників ризику, зумовлених професійним стресом, віковими або психосоціальними аспектами.

Згідно з позицією Всесвітньої організації охорони здоров'я, суб'єктивна оцінка здоров'я є достовірним індикатором загального благополуччя особи [31], а численні емпіричні дослідження підтверджують її прогностичну цінність для оцінки тривалості життя [32]. Як показують зарубіжні дослідження, особи, які оцінюють своє здоров'я як добре або дуже добре, мають статистично достовірно нижчий рівень загальної смертності [33]. Водночас низка робіт підтверджує, що професійна діяльність у сфері управління охороною здоров'я пов'язана з високим ризиком емоційного вигорання, що, своєю чергою, може впливати на самооцінку здоров'я [34; 35].

Водночас дані МОЗ України свідчать, що серед медичних працівників, зокрема управлінців, реєструється зростання частки осіб із професійним вигоранням, психоемоційним перенавантаженням та гіподинамією [36]. Також, за даними ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України», в умовах воєнного та поствоєнного періоду збільшився рівень хронічних станів і тривожних розладів серед працівників медичних адміністрацій [37].

Таким чином, отримані результати соціологічного дослідження стосовно самооцінки загального стану здоров'я управлінців у сфері охорони здоров'я становлять підґрунтя для подальшого аналізу біопсихосоціальних факторів (як залежна змінна) з метою встановлення відповідного впливу (незалежні змінні) для розроблення цілеспрямованих мінімізованих програм підтримки їхнього професійного благополуччя.

Оцінка результатів соціологічного дослідження, наведених у табл. 2, дала змогу виявити низку важливих клініко-соціальних тенденцій серед керівників системи охорони здоров'я, що заслуговують на

увагу з позиції профілактичної медицини та управління їхнім здоров'ям.

По-перше. У процесі аналізу самозаявлених медичних проблем у стані здоров'я респондентів виявлено дві категорії захворювань, котрі засвідчують про суттєві рівні поширеності соматичних порушень у структурі стану здоров'я серед представників вибірки.

Зокрема, до категорії серцево-судинних захворювань включено: підвищений артеріальний тиск ($P=46,8\%$); гіпертонічну хворобу ($P=21,2\%$); стенокардію ($P=14,7\%$); інфаркт міокарда ($P=8,3\%$); цереброваскулярний інсульт ($P=5,2\%$) та інші хронічні серцево-судинні стани ($P=12,4\%$), де сукупна частка позитивних відповідей «так» становила $P=108,6\%$.

У категорію метаболічних порушень віднесено: абдомінальне ожиріння ($P=27,5\%$); підвищений рівень глюкози в крові ($P=31,4\%$); цукровий діабет I типу ($P=3,2\%$); цукровий діабет II типу ($P=17,9\%$) та порушення ліпідного обміну ($P=36,7\%$), коли сумарна частка ствердних відповідей досягла $116,7\%$.

У цьому контексті варто зауважити, що сумарна частка відповідей перевищує $P=100\%$, оскільки кожен респондент міг указати на наявність кількох медичних станів одночасно. Такий розподіл є індикатором високої поширеності поєднаних клінічних діагнозів серед управлінців сфери охорони здоров'я, що, своєю чергою, свідчить про мультифакторний характер патологічних змін у цій цільовій групі.

По-друге. Під час обробки даних про діагностовані стани здоров'я анкетованих за відповіддю «так» (%) методом рейтингування [38] встановлено

клінічно значущі тенденції серед керівників системи охорони здоров'я.

Так, як пріоритетний медичний стан серед анкетованих визначено підвищений артеріальний тиск ($P=46,79\%$), що свідчить про високий рівень гіпертензивного ризику, характерного для осіб, які перебувають у хронічному управлінському стресі.

Наступною за поширеністю серед анкетованих є ознака абдомінального ожиріння ($P=33,94\%$), що є маркером метаболічного синдрому і часто пов'язується з гіподинамією та малорухомим способом життя, тоді як третє місце посідає високий рівень глюкози в крові ($P=26,30\%$), що може вказувати на наявність гіперглікемії або предіабетичного стану.

На четвертій та п'ятій рангових позиціях – стенокардія ($P=23,85\%$) та гіпертонічна хвороба ($P=22,94\%$), що, ймовірно, є складниками єдиного патологічного комплексу кардіо-метаболічного ризику.

Шосте-восьме порядкові місця займають порушення ліпідного профілю (у межах $P=15,6\%$ – $P=10,09\%$), що може вказувати як на недотримання принципів здорового харчування, так і на низьку інформованість щодо рівнів ліпопротеїнів високої та низької щільності (ЛПВЩ/ЛПНЩ).

На дев'ятій-дванадцятій позиціях перебувають тяжчі або пізно діагностовані хвороби, зокрема інфаркт міокарда, інсульт та цукровий діабет II типу з частками відповідей від $P=3,98\%$ до $P=7,34\%$.

Нарешті, найнижчу рейтингову шкалу, тринадцяту, посідає цукровий діабет I типу з показником $P=0,92\%$, що є очікувано низьким, з огляду на віковий та професійний склад респондентів.

Таблиця 2
Самооцінка керівниками закладів та органів охорони здоров'я Львівщини ($n = 327$) наявного медичного стану власного здоров'я

№ з/п	Медичний стан у здоров'ї	Рейтингове місце за відповіддю «Так», %	Відповіді респондентів		
			Так (%)	Ні (%)	Вагають із відповіддю (%)
1	Підвищений артеріальний тиск	I	46,79	24,77	14,68
2	Абдомінальне ожиріння	II	33,94	40,37	25,69
3	Високий рівень глюкози	III	26,3	63,61	10,09
4	Стенокардія	IV	23,85	70,34	5,81
5	Гіпертонічна хвороба	V	22,94	52,91	24,16
6	Підвищений холестерин	VI	15,60	55,96	28,44
7	Низький рівень «хорошого» холестерину (ЛПВЩ)	VII	11,01%	66,67%	16,82%
8	Підвищення «поганого» холестерину (ЛПНЩ)	VIII	10,09%	73,09%	22,32%
9	Інфаркт міокарда	IX	7,34	82,87	9,79
10	Інші хронічні серцево-судинні стани	X	7,34	72,17	20,49
11	Цукровий діабет 2-го типу	XI	4,89	77,06	18,04
12	Церебро-васкулярний інсульт	XII	3,98	88,69	7,34
13	Цукровий діабет 1-го типу	XIII	0,92	70,64	28,44

Загалом наведена рейтингова картина демонструє домінування чинників ризику, пов'язаних із серцево-судинною та метаболічною патологіями, що потребує системного моніторингу та профілактичного втручання на рівні організацій охорони здоров'я.

Третім аспектом є порівняльний аналіз високого рівня респондентських відповідей у категорії «важко відповісти» [39; 40], що, на наше переконання, слугує непрямим індикатором обмеженої клінічної самоідентифікації та недостатнього рівня діагностичної інформованості навіть серед управлінців закладів охорони здоров'я. Так, зокрема, найвищий показник нерішучості було зафіксовано щодо підвищеного рівня холестерину, де $P=28,44\%$ опитаних не змогли однозначно оцінити свій стан. Це може свідчити про низький рівень доступу до або використання лабораторної діагностики в особистому медичному супроводі осіб управлінської ланки. Аналогічний показник ($P=28,44\%$) було зафіксовано стосовно цукрового діабету I типу, що, ймовірно, пов'язано з плутаниною між типами діабету або недостатнім розумінням клінічних критеріїв типізації.

Щодо абдомінального ожиріння $P=25,69\%$ респондентів не змогли дати чітку відповідь, що може бути пов'язано з психоемоційною бар'єрністю та заниженим сприйняттям власної маси тіла навіть у разі її очевидного перевищення.

У випадку гіпертонічної хвороби частка невисначених відповідей становила $P=24,16\%$, що може бути наслідком помилкового сприйняття артеріальної гіпертензії виключно як симптому, а не як самостійної нозологічної одиниці.

Нарешті, щодо порушень ліпідного обміну показники варіювалися в межах $P=16,82 - P=22,32\%$, що, ймовірно, відображає дефіцит клінічного обстеження або низьку активність у питаннях персонального медичного моніторингу.

Узагальнюючи, доречно відзначити, що значна частка респондентів, які вибрали відповідь «Важко відповісти», свідчить не лише про дефіцит діагностичного охоплення, а й про обмежену здатність до клінічної самооцінки серед професіоналів, залучених до системи управління охороною здоров'я. Це акцентує увагу на потребі не лише в підвищенні діагностичної доступності, а й у розвитку культури профілактики та персональної медичної відповідальності навіть серед фахівців галузі.

Окрім того, на четвертому етапі здійснювався аналіз співіснування поширених медичних станів серед керівників закладів охорони здоров'я, що дав змогу виокремити три характерні для даного дослідження кластери ризику [41], які свідчать про типові коморбідні поєднання, що можуть мати клінічне або епідеміологічне значення у стані здоров'я досліджуваної професійної когорти населення.

Так, перший за сутністю кардіометаболічний кластер включає поєднання підвищеного артеріального тиску ($P=46,79\%$), підвищеного рівня глюкози в крові ($P=36,30\%$) та абдомінальне ожиріння ($P=33,94\%$). Ці три стани одночасно входять до числа найвищих за рейтинговими частотами серед досліджуваної вибірки (керівників охорони здоров'я, $n = 327$), що дає змогу розглядати даний кластер як типовий прояв метаболічного синдрому. Така комбінація має високий ризик прогресування до цукрового діабету II типу, серцево-судинних ускладнень та цереброваскулярної патології.

Наступним за значущістю є встановлений серед опитаних атеросклеротичний кластер, що характеризується поєднанням стенокардії ($P=23,85\%$), підвищеного рівня ліпопротеїнів низької щільності (ЛПНЩ) ($10,09\%$) та артеріальної гіпертензії ($46,79\%$). Наявність цих трьох патологічних станів у здоров'ї респондентів може вказувати на прихований або не до кінця виявлений перебіг ішемічної хвороби серця, а також на потенційно занижену оцінку серцево-судинного ризику у частини обстежених, що в кінцевому підсумку потребує поглибленого лабораторного моніторингу та обов'язкового проведення інструментальних методів діагностики.

Третім виявленим феноменом у стані здоров'я керівників є встановлений авторами кластер недостатнього обстеження серед досліджуваних осіб, який сформовано з медичних станів, що супроводжуються високим рівнем нерішучості у відповідях респондентів. Зокрема, це стосується дисбалансу ЛПВЩ/ЛПНЩ ($P = 39,14\%$), цукрового діабету II типу ($P = 35,78\%$), підвищеного рівня загального холестерину ($P = 28,44\%$), абдомінального ожиріння ($P = 25,69\%$), гіпертонічної хвороби ($P = 24,16\%$) та інших хвороб серцево-судинної системи, де $P = 20,49\%$ опитаних не змогли визначитися з відповіддю.

Доведеним є й те, що кластер «рівень нерішучості» варіює у межах від $P=20\%$ до майже $P=40\%$, тобто респонденти не мають чіткого уявлення про власний статус здоров'я, а також указує на системну проблему: відсутність регулярного лабораторного моніторингу, недостатній рівень інформованості або клінічну неусвідомленість навіть серед осіб із медичною освітою та управлінськими повноваженнями. Така ситуація є тривожною, адже всі зазначені показники мають прямий патолофізіологічний зв'язок із ризиком серцево-судинних ускладнень і потребують цільової діагностики та подальшого медичного контролю.

У межах виконаного соціологічного дослідження здійснено наукову оцінку самоусвідомлених медичних станів керівників системи охорони здоров'я та розраховано серед респондентів згідно з адаптованою методикою комплексної оцінки серцево-судинного ризику з урахуванням

елементів моделей EQ-5D-5L [42], SF-12 [43] та Framingham Risk Score [44], індекс здоров'я (HSI/Health Status Index) [45; 46].

Отримане значення $HSI \approx 0,77$ за шкалою від 0 до 1 указує на помірно добрий стан здоров'я анкетованих осіб, який інтегрує суб'єктивну самооцінку та частоту серцево-судинних станів серед досліджуваних управлінців [47].

Не можна залишити поза увагою той науковий аспект, що отримані результати корелюють із міжнародним досвідом застосування HSI у професійних групах (наприклад, методика HSI концептуально подібна до тієї, що описана Rautiainen et al. (2023), із використанням класифікації ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health/Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я), що дає змогу оцінювати стан здоров'я за різними вимірами фізіологічного, функціонального та соціального здоров'я [48].

У контексті викладеного також важливо говорити і про те, що аналітичне узагальнення результатів дослідження, спираючись на емпіричні дані табл. 1 та 2, дало змогу виокремити та систематизувати ключові особливості самооцінки здоров'я керівників закладів й органів охорони здоров'я Львівщини згідно з наявними медичними станами щодо серцево-судинних захворювань шляхом контент-аналізу відповідей та порівняльного аналізу частотних показників.

Отримані дані дають змогу розглядати виявлені характеристики як складник управлінської прагматичної стратегії збереження професійної дієздатності управлінців за такими аналітичними напрямками:

а) **Структурно-посадовий склад учасників** свідчить, що вперше досліджується виключно адміністративний персонал, адже у вибірці ($p < 0,001$) $P=44,95\%$ становлять керівники закладів охорони здоров'я, $P=38,23\%$ – управлінці структурних підрозділів, а $P=16,82\%$ – посадові особи органів управління, і, власне, цим і забезпечується релевантність оцінки професійного навантаження та загального здоров'я цієї категорії.

б) **Висока наявність хронічних захворювань** є наслідком того, що $P=46,8\%$ респондентів повідомили про підвищений артеріальний тиск, $P=40,7\%$ – про надмірну масу тіла або ожиріння, $P=30,3\%$ – про підвищений рівень холестерину, $P=18,7\%$ – про наявність цукрового діабету, а середня кількість хронічних станів на одного керівника становить 2,7, що свідчить про суттєве їх соматичне навантаження.

с) **Обмежена обізнаність управлінців щодо власного стану здоров'я** проявляється у низькому рівні власної поінформованості: $P=30\%$ не знають рівня холестерину, $P=25,3\%$ – артеріального тиску, $P=22,8\%$ – маси тіла чи ІМТ,

$P=34,7\%$ – рівня глюкози, що достеменно свідчить про розрив між об'єктивним станом організму та його усвідомленням, що ускладнює своєчасну профілактику та медичне втручання, підвищуючи ризики для здоров'я в умовах професійного вигорання.

д) **Домінування функціонального підходу** проявляється у тому, що $P=71,9\%$ оцінюють свій стан як задовільний, добрий ($P=25,1\%$) та відмінний ($P=7,3\%$), тоді як лише 28,2% відзначили його як посередній ($P=18,1\%$) або поганий ($P=10,1\%$), незважаючи на наявність хронічних порушень. Така розбіжність між об'єктивним станом і суб'єктивною оцінкою свідчить про маскуванню потреби в профілактичному контролі та своєчасному медичному супроводі.

е) **Розбіжність між об'єктивним станом і суб'єктивною оцінкою здоров'я** полягає у тому, що більшість респондентів ($P=92,36\%$) оцінює свій стан як позитивний (відмінний – $P=11,93\%$, добрий – $P=54,74\%$ та $P=25,69\%$ – задовільний, тоді як $P=7,65\%$ опитаних не визначилися з відповіддю). Водночас $P=38,7\%$ опитаних мають офіційно встановлені хронічні захворювання, проте $P=42,5\%$ із них не визнають вплив цих станів на своє самопочуття. Імовірною причиною такої розбіжності є знижена інтероцептивна чутливість – здатність усвідомлювати внутрішні фізіологічні сигнали організму, у зв'язку з чим навіть серед осіб із захворюваннями більшість оцінює свій стан як позитивний. Таке викривлення сприйняття здоров'я ускладнює виявлення реальних потреб у профілактичному контролі та своєчасному медичному супроводі, що збільшує ризики хронічного перевантаження, загострення захворювань і послаблює кадровий потенціал управлінської ланки системи охорони здоров'я.

г) **Недостатнє усвідомлення здоров'я як ресурсу управлінської ефективності** характеризується тим, що лише $P=35\%$ респондентів систематично приділяють увагу збереженню здоров'я як складнику професійних пріоритетів, що підкреслює необхідність формування мотиваційних та інституційних механізмів підтримки здоров'язбереження серед керівників.

х) **Субкомпенсований функціональний стан організму з тенденцією до виснаження резервів** відображає індекс здоров'я $HSI \approx 0,77$, що вказує на наявність резервів, проте з тенденцією до їх виснаження, оскільки $P=26,69\%$ респондентів оцінили власне здоров'я як задовільне, чим і підтверджується зниження ресурсного потенціалу управлінського корпусу системи охорони здоров'я.

Висновки. Отримані результати переконливо засвідчують їх практичну значущість, котра полягає у можливості їх використання як аналітичної основи для вдосконалення кадрової політики в системі охорони здоров'я на всіх рівнях управління,

що сприятиме більш ефективній реалізації чинних інструктивно-нормативних вимог у медичній галузі та забезпечить підґрунтя для формування прагматичних стратегій підтримки функціональної спроможності управлінського корпусу, котрі базуватимуться на принципах збереження здоров'я, профілактики професійного вигорання, а також

забезпечення професійної та особистісної життєздатності керівників.

Перспективи подальших досліджень. Опрацювання комплексної оцінки наявних детермінант і чинників ризику у підвищенні артеріального тиску серед керівників органів та закладів охорони здоров'я.

Список літератури

- Collins J. Level 5 Leadership: The Triumph of Humility and Fierce Resolve. Harvard Business Review. July–August 2005 [Internet]. 2001. URL: https://hbr.org/2005/07/level-5-leadership-the-triumph-of-humility-and-fierce-resolve?utm_source=chatgpt.com [in English].
- Collins J. Level 5 Leadership: The Triumph of Humility and Fierce Resolve. Harvard Business Review. July–August 2005 [Internet]. 2001. URL: https://hbr.org/2005/07/level-5-leadership-the-triumph-of-humility-and-fierce-resolve?utm_source=chatgpt.com [in English].
- West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, et al. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. Journal of Internal Medicine [Internet]. 2018. 283(6). P. 516–529. URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12752?utm_source=chatgpt.com [in English].
- Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Internal Medicine [Internet]. 2018. 177(2). 195–205 p. URL: https://psnet.ahrq.gov/issue/controlled-interventions-reduce-burnout-physicians-systematic-review-and-meta-analysis?utm_source=chatgpt.com [in English].
- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med. [Internet]. 2012. 172(18):1377-1385. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22911330/> [in English].
- NHS Staff Survey 2022: Burnout in healthcare: risk factors and solutions [Internet]. July 2023. 37 p. URL: https://www.som.org.uk/sites/som.org.uk/files/Burnout_in_healthcare_risk_factors_and_solutions_July2023.pdf?utm_source=chatgpt.com [in English].
- Kinman G, Dovey A, Teoh K, Greenberg N, Doyle N, Harriss A. Burnout in healthcare: risk factors and solutions. Burnout in healthcare: risk factors and solutions. Society of Occupational Medicine [Internet]. 2023. URL: https://www.som.org.uk/sites/som.org.uk/files/Burnout_in_healthcare_risk_factors_and_solutions_July2023.pdf [in English].
- Meredith S. NHS Staff Survey Shows Less Burnout but Ongoing Concerns. Medscape [Internet]. 2025 Mar 17. URL: <https://www.medscape.com/viewarticle/nhs-staff-survey-shows-less-burnout-ongoing-concerns-2025a10006eb> [in English].
- Bjørnerud Korslund S, Hansen, BH, Bjørkkjær T. Association between sociodemographic determinants and health behaviors, and clustering of health risk behaviors among 28,047 adults: a cross-sectional study among adults from the general Norwegian population. BMC Public Health [Internet]. 2023. 23:541. URL: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-15435-y> [in English].
- Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: a potential threat to successful health care reform. JAMA [Internet]. 2011. 305(19):2009-2010. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21586718/> [in English].
- Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement–Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals: A Call for Action. Chest. [Internet]. 2016. 150(1):17-26. URL: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(16\)01269-1/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(16)01269-1/fulltext) [in English].
- Figueroa CA, Harrison R, Chauhan A, et al. Priorities and challenges for leadership in health workforce management worldwide: a rapid review. BMC Health Serv Res 19 [Internet]. 2019. 239 p. URL: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4080-7?utm_source=chatgpt.com#citeas [in English].
- Martino T, Ozano C, Raven J, et al. Improving health workforce management: The role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health. Hum Resour Health [Internet]. 2022. 20:47. URL: https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-022-00742-z?utm_source=chatgpt.com#citeas [in English].
- Sutton, Claire, et al. «Strategic Workforce Planning in Health and Social Care – an International Perspective: A Scoping Review». Health Policy [Internet]. Vol. 132. 2023. p. 104827. URL: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851023001124?utm_source=chatgpt.com [in English].
- Постанова Кабінету Міністрів України «Про внесення змін до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої та фахової передвищої освіти» від 30 серпня 2024 р. № 1021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2024-%D0%BF#n2> [in Ukrainian].
- Forsgren L, Tediosi F, Blanchet C, et al. Health systems resilience in practice: a review to identify strategies for increasing resilience. BMC Health Serv Res 22 [Internet]. 2022. 1173 p. URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-022-08544-8?utm_source=chatgpt.com#citeas [in English].
- Iflaifel M, Lim RH, Ryan K, et al. Sustainable healthcare: a systematic review of conceptualizations, research methods, and factors that promote sustainability. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2020. 20:324. URL: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05208-3?utm_source=chatgpt.com#citeas [in English].

18. Kuhlmann E, Batenburg R, Wismar M, Dussault G, Maier CB, Glinoz IA, Azzopardi-Muscat N, Bond C, Burau V, Correia T, Groenewegen PP, Hansen J, Hunter DJ, Khan U, Kluge HH, Kroezen M, Leone C, Santric-Milicevic M, Sermeus W, Ungureanu M. A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 2018 Jun 20. 16(1):52. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29925432/> [in English].
19. Ree E, Ellis LA and Vig S. «The role of managers in supporting resilience in healthcare: A proposed model of how managers contribute to overall health system resilience». *International Journal of Health Management* [Internet]. 2021. Vol. 26. No. 3. P. 266–280. URL: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ijhg-11-2020-0129/full/html?_Utm_source=chatgpt.com [in English].
20. Ree E, Ellis LA and Vig S. «The role of managers in supporting resilience in healthcare: A proposed model of how managers contribute to overall health system resilience». *International Journal of Health Management* [Internet]. 2021. Vol. 26. No. 3. P. 266–280. URL: https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ijhg-11-2020-0129/full/html?_Utm_source=chatgpt.com [in English].
21. Всесвітня організація охорони здоров'я. Стратегія гендерної рівності, розроблення інструментів та підтримка для сектору охорони. Київ : BOO3, 2021. 45 с. URL: https://razumkov.org.ua/images/2022/07/15/we_act_medical_ukr_report.pdf [in Ukrainian].
22. Thielmann B, Karlsen HR, Tymbo M, et al. Mental Health and Work-Related Behaviors in Management of Work Requirements of University Lecturers in Ukraine-An Age Group Comparison. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021. 18(20):10573. URL: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8535508/?utm_source=chatgpt.com [in English].
23. Anufriyeva V, Pavlova M, Stepurko T, Groot W. The perception of health care quality by primary health care managers in Ukraine. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2022. 22(1):895. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9271244/> [in English].
24. Шкільняк ММ, Кривокульська НМ. Організаційне лідерство як інструмент організації діяльності закладу охорони здоров'я та її вдосконалення. URL: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/13077> [in Ukrainian].
25. Gupta Shivam. «Building Resilient Health Systems: Key Strategies and Need for Greater Conceptual Clarity». *Journal of Health Management* [Internet]. 2023. Volume 25. Issue 3. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/09720634231196936?mi=ehikzz> [in English].
26. McEwen, Bruce S. «The Brain on Stress». *Perspectives on Psychological Science* [Internet]. 2013. Volume 8. Issue 6. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1745691613506907> [in English].
27. Mohr DC, Benzer JK, Young GJ. Provider workload and quality of care in primary care settings: moderating role of relational climate. *Med Care* [Internet]. 2013. 51(1):108–114. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23222471/> [in English].
28. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med*. [Internet]. 2018 Jun. 283(6):516–529. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12752> [in English].
29. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive leadership and physician well-being: Nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clin Proc*. [Internet]. 2017 Jan. 92(1):129–146. URL: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30625-5/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30625-5/fulltext) [in English].
30. World Health Organization. Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: interim guidance [Internet]. 2020. URL: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1 [in English].
31. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine* [Internet]. 2009. 69(3):307–16. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19520474/> [in English].
32. DeSalvo KB et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med*. [Internet]. 2006. 21(3):267–75. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16336622/> [in English].
33. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* [Internet]. 1997. 38(1):21–37. URL: <https://www.jstor.org/stable/2955359> [in English].
34. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014 [Published correction appears in *Mayo Clin Proc*. 2016 Feb. 91(2):276]. *Mayo Clin Proc*. [Internet]. 2015. 90(12):1600–1613. URL: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26653297/> [in English].
35. Wu S, Li H, Zhu W, Lin S, Chai W, Wang X. Effect of work stressors, personal strain, and coping resources on burnout in Chinese medical professionals: a structural equation model. *Ind Health* [Internet]. 2012. 50(4):279–287. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22673361/> [in English].
36. Міністерство охорони здоров'я України. Аналітичний звіт про стан здоров'я медичних працівників за 2023 рік. URL: <https://moz.gov.ua/> [in Ukrainian].
37. ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзеєва НАМН України». Щорічна доповідь про стан здоров'я населення та систему охорони здоров'я України – 2023. URL: <https://health-institute.gov.ua/> [in Ukrainian].
38. Carra MC, Romandini P, Romandini M. Risk of Bias Evaluation of Cross-Sectional Studies: Adaptation of the Newcastle-Ottawa Scale. *J Periodontol Res*. [Internet]. Published online Apr 28, 2025. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40293188/> [in English].
39. Bolcic-Jankovic D, Campbell EG, LeBlanc JL, Nayak MM, Braun IM. Using 'Don't Know' Responses in a Survey of Oncologists Regarding Medicinal Cannabis. *Survey Practice* [Internet]. 2021. 14(1). URL: <https://>

- www.surveypractice.org/article/18557-using-don-t-know-responses-in-a-survey-of-oncologists-regarding-medicinal-cannabis [in English].
40. Hay Jennifer L, et al. «Examining Strategies for Addressing High Levels of «I Don'T Know» Responding to Risk Perception Questions for Colorectal Cancer and Diabetes: An Experimental Investigation». *Psychology & Health* [Internet]. 2020. 36;7. P. 862. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7952023/> [in English].
 41. Smith J, Brown L, Johnson P. Development and validation of a comprehensive health index for healthcare professionals. *J Occup Health* [Internet]. 2022. 64(1):e12345. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1348-9585.12345> [in English].
 42. EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L User Guide. Version 3.0 [Internet]. Rotterdam: EuroQol; 2019 [cited 2025 Jul 21]. URL: <https://euroqol.org/information-and-support/documentation/user-guides/> [in English].
 43. Ware JE Jr, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* [Internet]. 1996. 34(3):220–33. Available from: [ournals.lww.com/medicalcare/Abstract/1996/03000/A_12_Item_Short_Form_Health_Survey_Construction.3.aspx](https://www.lww.com/medicalcare/Abstract/1996/03000/A_12_Item_Short_Form_Health_Survey_Construction.3.aspx) [in English].
 44. D'Agostino RB Sr, Vasan RS, Pencina MJ, et al. General cardiovascular risk profile for use in primary care: The Framingham Heart Study. *Circulation* [Internet]. 2008. 117(6):743–53. URL: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circulationaha.107.699579> [in English].
 45. Given CW, Simoni L, Gallin R. The design and use of a health status index for family physicians. *J Fam Pract*. [Internet]. 1977. 4(2):287–291. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/190336/> [in English].
 46. Rautiainen Ilkka, et al. «Utilizing the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Forming a Personal Health Index». *ArXiv* [Internet]. 2023. URL: https://arxiv.org/abs/2304.06143?utm_source=chatgpt.com [in English].
 47. Langevin HM, NCCIH. The Whole Person Health Index: An integrated self-reported measure capturing essential components of health [Internet]. NCCIH; 2025 Feb 19. URL: <https://www.nccih.nih.gov/research/blog/the-whole-person-health-index-an-integrated-self-reported-measure-capturing-essential-components-of-health> [in English].
 48. Zhou X, Wu J, Liu Y, Yan Y, Zhou G, Li M. Developing a Multi-Dimensional Health Index System for a General Occupational Population in the Light of Health Ecology Theory: A Delphi Study. *Risk Manag Healthc Policy* [Internet]. 2024. 17:1523–1532. Published 2024 Jun 8. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38872975/> [in English].

References

1. Collins, J. (2005, July–August). Level 5 leadership: The triumph of humility and fierce resolve. *Harvard Business Review*. Retrieved from: <https://hbr.org/2005/07/level-5-leadership-the-triumph-of-humility-and-fierce-resolve>
2. Collins, J. (2005, July–August). Level 5 leadership: The triumph of humility and fierce resolve. *Harvard Business Review*. Retrieved from: <https://hbr.org/2005/07/level-5-leadership-the-triumph-of-humility-and-fierce-resolve>
3. West, C.P., Dyrbye, L.N., Sinsky, C., et al. (2018). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. Available from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12752>
4. Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., et al. (2018). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195–205. Retrieved from: <https://psnet.ahrq.gov/issue/controlled-interventions-reduce-burnout-physicians-systematic-review-and-meta-analysis>
5. Shanafelt, T.D., Boone, S., Tan, L., et al. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22911330/>
6. NHS Staff Survey. (2023, July). *Burnout in healthcare: Risk factors and solutions* (37 p.). Retrieved from: https://www.som.org.uk/sites/som.org.uk/files/Burnout_in_healthcare_risk_factors_and_solutions_July2023.pdf
7. Kinman, G., Dovey, A., Teoh, K., Greenberg, N., Doyle, N., & Harriss, A. (2023). *Burnout in healthcare: Risk factors and solutions*. Society of Occupational Medicine. Retrieved from: https://www.som.org.uk/sites/som.org.uk/files/Burnout_in_healthcare_risk_factors_and_solutions_July2023.pdf
8. Meredith, S. (2025, March 17). NHS staff survey shows less burnout but ongoing concerns. *Medscape*. Retrieved from: <https://www.medscape.com/viewarticle/nhs-staff-survey-shows-less-burnout-ongoing-concerns-2025a10006eb>
9. Bjørnerud Korslund, S., Hansen, B.H., & Bjørkkjær, T. (2023). Association between sociodemographic determinants and health behaviours, and clustering of health risk behaviours among 28,047 adults: A cross-sectional study among adults from the general Norwegian population. *BMC Public Health*, 23, 541. Retrieved from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-15435-y>
10. Dyrbye, L.N., & Shanafelt, T.D. (2011). Physician burnout: A potential threat to successful health care reform. *JAMA*, 305(19), 2009–2010. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21586718/>
11. Moss, M., Good, V.S., Gozal, D., Kleinpell, R., & Sessler, C.N. (2016). An official critical care societies collaborative statement–Burnout syndrome in critical care health-care professionals: A call for action. *Chest*, 150(1), 17–26. Retrieved from: [https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(16\)01269-1/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(16)01269-1/fulltext)
12. Figueroa, C.A., Harrison, R., Chauhan, A., et al. (2019). Priorities and challenges for leadership in health workforce management worldwide: A rapid review. *BMC Health Services Research*, 19, 239. Retrieved from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4080-7>
13. Martino, T., Ozano, C., Raven, J., et al. (2022). Improving health workforce management: The role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health. *Human Resources for Health*, 20, 47. Retrieved from: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-022-00742-z>

14. Sutton, C., et al. (2023). Strategic workforce planning in health and social care – an international perspective: A scoping review. *Health Policy*, 132, 104827. Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851023001124>
15. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy. (2024, August 30). Pro vnesennia zmin do pereliku haluzei znan' i spetsial'nostei, za yakymy zdiisniuiet'sia pidhotovka здобувачив вищої та фахової передвищої освіти [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine «On Amendments to the List of Fields of Knowledge and Specialties for Training of Higher and Pre-Higher Education Students»] (No. 1021) [Internet]. Retrieved from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2024-%D0%BF#n2>
16. Forsgren, L., Tediosi, F., Blanchet, C., et al. (2022). Health systems resilience in practice: A review to identify strategies for increasing resilience. *BMC Health Services Research*, 22, 1173. Retrieved from: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-022-08544-8>
17. Iflaifel, M., Lim, R.H., Ryan, K., et al. (2020). Sustainable healthcare: A systematic review of conceptualisations, research methods, and factors that promote sustainability. *BMC Health Services Research*, 20, 324. Retrieved from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05208-3>
18. Kuhlmann, E., Batenburg, R., Wismar, M., Dussault, G., Maier, C.B., Glinos, I.A., et al. (2018, June 20). A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Health Research Policy and Systems*, 16(1), 52. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29925432/>
19. Ree, E., Ellis, L.A., & Vig, S. (2021). The role of managers in supporting resilience in healthcare: A proposed model of how managers contribute to overall health system resilience. *International Journal of Health Management*, 26(3), 266–280. Retrieved from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ijhg-11-2020-0129/full/html>
20. Ree, E., Ellis, L.A., & Vig, S. (2021). The role of managers in supporting resilience in healthcare: A proposed model of how managers contribute to overall health system resilience. *International Journal of Health Management*, 26(3), 266–280. Retrieved from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ijhg-11-2020-0129/full/html>
21. Vsesvitnia Orhanizatsiia Okhorony Zdorovia. (2021). Stratehiia hendernoi rivnosti, rozrobka instrumentiv ta pidtrymka dlia sektoru okhorony zdorovia [World Health Organization. Gender equality strategy, tool development and support for the health sector] [Internet]. Kyiv: WHO. 45 p. Retrieved from: https://razumkov.org.ua/images/2022/07/15/we_act_medical_ukr_report.pdf
22. Thielmann, B., Karlsen, H.R., Tymbova, M., et al. (2021). Mental health and work-related behaviours in management of work requirements of university lecturers in Ukraine: An age group comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10573. Retrieved from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8535508/>
23. Anufriyeva, V., Pavlova, M., Stepurko, T., & Groot, W. (2022). The perception of health care quality by primary health care managers in Ukraine. *BMC Health Services Research*, 22(1), 895. Retrieved from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9271244/>
24. Shkilniak, M.M., & Kryvokulska, N.M. (2022). Orhanizatsiine liderstvo yak instrument orhanizatsii diialnosti zakladu okhorony zdorovia ta yii vdoskonalennia [Organizational leadership as a tool for managing and improving the activities of a healthcare facility] [Bulletin of Social Hygiene and Health Care Organization of Ukraine], (1), 64–69. [in Ukrainian]. [Internet]. Retrieved from: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/13077>
25. Gupta, S. (2023). Building resilient health systems: Key strategies and need for greater conceptual clarity. *Journal of Health Management*, 25(3). Retrieved from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/09720634231196936>
26. McEwen, B.S. (2013). The brain on stress. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6). Retrieved from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1745691613506907>
27. Mohr, D.C., Benzer, J.K., & Young, G.J. (2013). Provider workload and quality of care in primary care settings: Moderating role of relational climate. *Medical Care*, 51(1), 108–114. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23222471/>
28. West, C.P., Dyrbye, L.N., & Shanafelt, T.D. (2018, June). Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529. Retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12752>
29. Shanafelt, T.D., & Noseworthy, J.H. (2017, January). Executive leadership and physician well-being: Nine organisational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129–146. Retrieved from: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(16\)30625-5/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(16)30625-5/fulltext)
30. World Health Organization. (2020). Health workforce policy and management in the context of the COVID-19 pandemic response: Interim guidance. Retrieved from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-health_workforce-2020.1
31. Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19520474/>
32. DeSalvo, K.B., et al. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267–275. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16336622/>
33. Idler, E.L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37. Retrieved from: <https://www.jstor.org/stable/2955359>
34. Shanafelt, T.D., Hasan, O., Dyrbye, L.N., et al. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014 [Published correction appears in *Mayo Clinic Proceedings*, 2016, 91(2), 276]. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. Retrieved from: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26653297/>

35. Wu, S., Li, H., Zhu, W., Lin, S., Chai, W., & Wang, X. (2012). Effect of work stressors, personal strain, and coping resources on burnout in Chinese medical professionals: A structural equation model. *Industrial Health*, 50(4), 279–287. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22673361/>
36. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. (2023). Analitichnyi zvit pro stan zdorovia medychnykh pratsivnykiv za 2023 rik [Analytical report on the health status of medical workers for 2023] [Internet]. Retrieved from: <https://moz.gov.ua/https://moz.gov.ua/>
37. DU «Instytut hromadskoho zdorovia im. O.M. Marzeieva NAMN Ukrainy». (2023). Shchorichna dopovid' pro stan zdorovia naselennia ta systemu okhorony zdorovia Ukrainy – 2023 [State Institution «O.M. Marzeev Institute of Public Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine». Annual report on the state of health of the population and the healthcare system of Ukraine – 2023] [Internet]. Retrieved from: <https://health-institute.gov.ua/>
38. Carra, M.C., Romandini, P., & Romandini, M. (2025, April 28). Risk of bias evaluation of cross-sectional studies: Adaptation of the Newcastle-Ottawa Scale. *Journal of Periodontal Research*. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40293188/>
39. Bolcic-Jankovic, D., Campbell, E.G., LeBlanc, J.L., Nayak, M.M., & Braun, I.M. (2021). Using «don't know» responses in a survey of oncologists regarding medicinal cannabis. *Survey Practice*, 14(1). Retrieved from: <https://www.surveypractice.org/article/18557-using-don-t-know-responses-in-a-survey-of-oncologists-regarding-medicinal-cannabis>
40. Hay, J.L., et al. (2020). Examining strategies for addressing high levels of «I don't know» responding to risk perception questions for colorectal cancer and diabetes: An experimental investigation. *Psychology & Health*, 36(7), 862. Retrieved from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7952023/>
41. Smith, J., Brown, L., & Johnson, P. (2022). Development and validation of a comprehensive health index for healthcare professionals. *Journal of Occupational Health*, 64(1), e12345. Retrieved from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1348-9585.12345>
42. EuroQol Research Foundation. (2019, July 21). EQ-5D-5L user guide (Version 3.0). Rotterdam: EuroQol. Retrieved from: <https://euroqol.org/information-and-support/documentation/user-guides/>
43. Ware, J.E., Jr., Kosinski, M., & Keller, S.D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220–233. Retrieved from: https://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1996/03000/A_12_Item_Short_Form_Health_Survey_Construction.3.aspx
44. D'Agostino, R.B., Sr., Vasan, R.S., Pencina, M.J., et al. (2008). General cardiovascular risk profile for use in primary care: The Framingham Heart Study. *Circulation*, 117(6), 743–753. Retrieved from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/circulationaha.107.699579>
45. Given, C.W., Simoni, L., & Gallin, R. (1977). The design and use of a health status index for family physicians. *Journal of Family Practice*, 4(2), 287–291. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/190336/>
46. Rautiainen, I., et al. (2023). Utilizing the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in forming a personal health index. *arXiv*. Retrieved from: <https://arxiv.org/abs/2304.06143>
47. Langevin, H.M. (2025, February 19). The Whole Person Health Index: An integrated self-reported measure capturing essential components of health. *NCCIH*. Retrieved from: <https://www.nccih.nih.gov/research/blog/the-whole-person-health-index-an-integrated-self-reported-measure-capturing-essential-components-of-health>
48. Zhou, X., Wu, J., Liu, Y., Yan, Y., Zhou, G., & Li, M. (2024, June 8). Developing a multi-dimensional health index system for a general occupational population in the light of health ecology theory: A Delphi study. *Risk Management and Healthcare Policy*, 17, 1523–1532. Retrieved from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38872975/>

SELF-PERCEPTION OF HEALTH STATUS BY MANAGERS OF HEALTH AUTHORITIES AND INSTITUTIONS AS A FACTOR OF MANAGERIAL CAPACITY AND PERSONNEL STABILITY IN THE HEALTHCARE SECTOR (BASED ON THE RESULTS OF A SOCIOLOGICAL STUDY)

V. V. Ruden', V. I. Zub, O. Ye. Khodor

State Non-Commercial Enterprise «Danylo Halytsky Lviv National Medical University», Lviv, Ukraine

Purpose: to identify key characteristics of health self-perception among healthcare facility managers and to substantiate its role as a factor of managerial capacity and workforce stability amid healthcare system transformations.

Materials and Methods. A quantitative, cross-sectional survey was conducted among $n = 327$ managers in the Lviv region (83.4% of the total population), with a representative sample ($SE = 1.12\%$, $E = \pm 2.2\%$, $p < 0.001$). Data were collected using a structured author-developed questionnaire focused on medical conditions, primarily cardiovascular pathology, and processed using MS Excel with application of medical-statistical methods and systems analysis.

Results. A significant urban–rural staffing imbalance was identified ($P = 91.1\%$ of managers work in cities). Women comprised $P = 70.6\%$ of the managerial staff, and the age distribution covered productive groups, allowing intergenerational exchange of experience while necessitating individualized approaches to chronic disease prevention. Approximately $P = 66.7\%$ rated their health as good or excellent, while $P = 25.7\%$ assessed it as satisfactory, indicating potential risks associated with occupational stress and aging. The most common medical conditions among respondents indicate limited diagnostic awareness of their own health among managers. Three risk clusters

were identified: cardiometabolic, atherosclerotic, and insufficient screening, potentially affecting functional capacity and long-term workability. The calculated Health Status Index (HSI ≈ 0.77) indicated a moderately good overall health status, highlighting underestimation of personal health risks and the need to improve health literacy among managers. Key features of self-assessed health provide a basis for optimizing HR policies and developing pragmatic strategies to maintain managerial functional capacity, focusing on health preservation and burnout prevention.

Conclusion. The findings have practical value as an analytical basis for improving HR policies in healthcare, supporting compliance with regulatory requirements and developing strategies to maintain managerial capacity through health preservation, burnout prevention, and ensuring the viability of managers and workforce stability.

KEY WORDS: health; healthcare system; managers; sociological survey; self-assessed health; medical conditions; cardiovascular pathology; health index; characteristics; workforce.

Рукопис надійшов до редакції 18.08.2025

Рукопис прийнято до публікації 10.09.2025

Рукопис опубліковано 20.10.2025

Відомості про авторів:

Рудень Василь Володимирович – заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, професор кафедри громадського здоров'я ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; ORCID <https://orcid.org/0000-0002-6971-4891>

Зуб Володимир Іванович – заслужений лікар України, кандидат медичних наук, асистент кафедри громадського здоров'я ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1645-5707>

Ходор Орест Євгенович – старший викладач кафедри громадського здоров'я ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького»; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3363-298X>

Електронна адреса для листування: vruden@ukr.net